

МАТЕРИАЛЫ ЛЕКЦИЙ
ДЛЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ИПК И ПК
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-03 04 71 «СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА»
ПО КУРСУ
«ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

Составитель: старший преподаватель И. А. Пылишева

Тема 4 Суицидальное поведение

- 1 Основные понятия
- 2 Возрастные особенности суицидального поведения
- 3 Концепции формирования суицидов
- 4 Профилактика суицидального поведения

4.1 Основные понятия

В истории мировой цивилизации проблема суицида выступала как религиозная, юридическая, морально-этическая — проблема последнего выбора, свободы, предельных состояний и самораскрытия личности. Круг этих вопросов особенно подробно разрабатывался в рамках философского иррационализма и экзистенциализма.

С XIX в. феномен суицида привлек внимание представителей ряда смежных наук (социологии, этнографии, психологии, психиатрии и т.д.). Один из первых крупных трудов по суицидологии — знаменитая монография Э. Дюркгейма «Самоубийство» (1912) — был одновременно и одним из первых значительных вкладов в социальную психологию. Основные выводы Э. Дюркгейма в разнообразных вариациях, прямо или косвенно, подтверждались и иллюстрировались последующими исследованиями. В то же время рост самоубийств продолжался по восходящей кривой. Вместе с тем, стала очевидной необходимость разграничения и последующего синтеза уровней исследования. «В совокупном росте самоубийств виновато общество, в каждом отдельном случае — сам индивид», — отмечал по этому поводу американский социолог Т. Парсонс. «Если индивид не может приспособиться к обществу, то у него остается еще возможность приспособиться к конфликту между собой и обществом; если же нет и этой возможности, то либо общество устраняет индивида, либо индивид устраняется сам», — замечал другой теоретик Дж. Вудс. Самоубийство — это последний из доступных индивиду способов ликвидации разлада со средой и самим собой.

Новый толчок исследованиям в области суицидологии дала эпидемия самоубийств, разразившаяся в России в начале XX в. Так, Ф.К. Тереховко («К вопросу о самоубийствах в Санкт-Петербурге за двадцатилетний период (1881—1900)». Гатчина, 1903) отмечал, что профилактика самоубийств должна быть связана с ранним воспитанием «сильных и здоровых людей со здоровой волей и характером». По мнению В.А. Бернацкого («Самоубийство среди воспитанников военно-

учебных заведений». СПб., 1911), большинство суицидентов психически здоровы; в военных школах тенденция к самоубийству более выражена, чем в гражданских. При этом исследователем предлагалась профилактика данного явления, заключающаяся в борьбе с одиночеством, половой распушенностью, воспитании воли, характера, укреплении религиозности.

Мнения, согласно которому большинство самоубийств совершается психически здоровыми людьми (хотя удельный вес лиц с психической патологией очень велик), придерживались также С.С. Корсаков, И.А. Сикорский, Н.И. Баженов, С.А. Суханов, В.Ф. Чиж, Ф.В. Рыбаков и др. Представители антропологической школы (П.М. Минаков, И.И. Нейдинг, А.И. Крюков и др.) утверждали, что самоубийство связано со строением черепа. Г.И. Гордон («Современные самоубийства», 1912) считал, что причины самоубийств кроются не во внешних обстоятельствах, а во внутренних настроениях и переживаниях. М.Я. Феноменов («Причины самоубийств в русской школе», 1914) эпидемию самоубийств связывал с процессом роста страны, создания новых форм жизни. А.М. Коровин («Самоубийство и потребление водки в Европейской России с 1903 по 1912 год», 1916) отмечал, что одна из главных причин распространения самоубийств — чрезмерное употребление водки, вторая — урбанизация.

В XX в. появился термин «суицидология», которым обозначалась специальная дисциплина с соответствующим предметом исследования.

Отношение властей к суициду

Самосожжения вдов (сати) в Индии, харакири и массовые зрелищные самоутопления в Японии, обычай мстить обидчику собственной смертью в древнем Китае... Восток всегда был почтителен к суициду. Даже сам Будда расстался с собственным телом, чтобы предоставить голодным пищу.

Другое дело — Запад. Еще в древнем Карфагене самоубийства женщин пресекали, угрожая выставить на всеобщее обозрение их мертвые обнаженные тела.

В Древнем Риме при императоре Тарквинии Приске трупы несчастных распинали и отдавали на съедение диким зверям. При Адриане суицид приравнивался к преступлению, за которым следовали конфискация имущества, запрет на траур и захоронение.

Впрочем, древний мир уже отдавал себе отчет, что самоубийство по некоторым причинам — страдание, болезнь, поруганная честь — имеет право на существование. Власти Рима и Греции пытались даже законодательно уладить этот вопрос. Во многих городах хранили запас сильнодействующего яда цикуты, заготовленный за государственный

счет и доступный всем желающим. Правда, давали его при одном условии — решение на самоубийство должен был одобрить сенат, совет старейшин или другая верховная инстанция. Но уже в XIV в. Триединский собор, следуя заповеди «не убий», официально признал суицид убийством. Трупы самоубийц стали подвергаться самым изощренным надругательствам. Тела вешали за ноги на центральных улицах, закапывали на перекрестках с вбитым в сердце колом, с позором хоронили вместе с падалью и даже выкапывали из могил людей, всего лишь заподозренных в этом «преступлении».

По уголовному положению при Людовике XIV тела самоубийц тащали на плетенках по улицам лицом вниз, затем вешали, после чего бросали на живодерню. Позже, вплоть до конца XIX в., европейцы стали считать самоубийц просто душевнобольными.

В Англии самоубийство перестало официально считаться преступлением только в 1961 г. В России в Военном и Морском артикуле Петра I имелась довольно суровая запись: «Ежели кто себя убьет, то мертвое тело, привязав к лошади, волочить по улицам, за ноги повесить, дабы, смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отваживались». Уголовное Уложение 1754 г. за попытку к суициду грозило плетью и каторгой.

Самоубийство, суицид (лат. «себя убивать») — это **умышленное лишение себя жизни**. Ситуации, когда смерть причиняется лицом, которое не может отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а также в результате неосторожности субъекта, относят не к самоубийствам, а к несчастным случаям.

В наши дни **суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое**. В большинстве случаев это поведение психически нормального человека.

Суицидальное поведение — осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни. В структуре рассматриваемого поведения выделяют:

- собственно суицидальные действия;
- суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки).

Суицидальные действия включают суицидальную попытку и завершённый суицид.

- **Суицидальная попытка** — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели.

- **Завершённый суицид** — действия, завершённые летальным исходом.

Суицидальные проявления включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения.

- Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия), например: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться».

Суицидальные замыслы — это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства.

Суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент — решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется **пресуицидом**. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. При острых пресуицидах последовательность не обнаруживается и можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Типология суицидов

Суициды делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые.

Истинный суицид направляется желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни.

Демонстративный суицид не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог. Это может быть и попытка своеобразного шантажа. Смертельный исход в данном случае является следствием роковой случайности.

Скрытый суицид (косвенное самоубийство) — вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей

степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, и употребление сильных наркотиков, и самоизоляция.

В связи с этим танатолог Э. Шнейдман различает две характеристики личности: суицидальность и летальность. *Суицидальность* означает индивидуальный риск самоубийства. *Летальность* связана со степенью опасности человека для себя вообще, его самодеструктивностью.

Э. Дюркгейм делил самоубийства на виды в зависимости от особенностей социальных связей индивида: «*Аномическое*» самоубийство происходит в результате тяжелых разногласий между личностью и окружающей ее средой. «*Фаталистическое*» самоубийство имеет место в случае личных трагедий, например смерти близких, потери работоспособности, несчастной любви. «*Альтруистическое*» самоубийство совершается ради других людей или во имя высокой цели. Наконец, «*эгоистическое*» самоубийство является уходом от неблагоприятных ситуаций — конфликтов, неприемлемых требований.

Самоубийства имеют ряд общих характеристик:

1 Суицидальное поведение сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей.

2 Для суицидента характерны: невыносимость страданий, поиск выхода из ситуации, переживание безнадежности ситуации и собственной беспомощности, аутоагрессия, амбивалентное отношение личности к суициду, искажение воспринимаемой реальности — заикленность на проблеме, «туннельное зрение». Все это приводит к сужению выбора до бегства в «суицид». При этом суицидальное поведение, как правило, соответствует общему стилю жизни и личностным установкам.

4.2 Возрастные особенности суицидального поведения

Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения. Например, кризисные периоды жизни, такие, как юность или начало старости, характеризуются повышением суицидальной готовности.

Суицидальное поведение **в детском возрасте** носит характер ситуационно-личностных реакций, т.е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания.

Большинство исследователей отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет — редкое явление, и только с 14 —15-

летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16—19 годам. Большинство авторов считают, что концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 — 14 годам, после чего ребенок может по-настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Маленький ребенок скорее фантазирует по поводу смерти, плохо понимая различия между живущим и умершим. И только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя. Следовательно, термины «суицид» и «суицидальное поведение» в строгом смысле для раннего возраста малопримемлемы.

Мотивы, которыми дети объясняют свое поведение, кажутся несерьезными. Для детей в целом характерны впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать. Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других. Нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулами школы или конфликтами.

Возникновению суицидального поведения также способствуют *тревожные и депрессивные состояния*. Признаками депрессии у детей могут быть: печаль, несвойственное детям бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы, страх неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость, беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации.

Несколько иная картина суицидального поведения **в подростковом возрасте**. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь немногие из них достигают своей цели. Частота законченных суицидов подростков не превышает 1 % от всех суицидальных действий. Суицидальное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе — шантажа.

А.Е. Личко, А.А. Александров, проведя обследование группы подростков в возрасте 14—18 лет, пришли к выводу, что у 49 % суицидальные действия были совершены *на фоне острой аффективной реакции*. В группе подростков также несколько возрастает роль психических расстройств, например депрессии. К «детским» признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушание, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

В целом можно говорить о *значительном влиянии на суицидальное*

поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. По мнению Л. Я. Жезловой, в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном — «сексуальные» и «любовные».

После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей. **В молодом возрасте** суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Как группа молодые люди склонны к депрессии. Степень депрессии часто является показателем серьезности суицидальной угрозы.

Социально-демографические факторы:

- пол мужской (уровень суицидов у мужчин в 3-4 раза выше, чем у женщин);
- возраст (16 – 35 лет и старше 45 лет);
- семейное положение (лица, не состоящие в браке, разведённые, вдовы и проживающие в одиночестве);
- образование и социальный статус (лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом, а также безработные).

Типичными стрессорами **зрелого возраста** являются ситуация развода, потеря близкого человека, увольнение с работы, финансовый кризис, смерть в семье.

Пожилой возраст сталкивается с такими серьезными социально-психологическими проблемами, как одиночество, окончание профессиональной деятельности, утрата возможностей, отделение от семьи и друзей и т.д. Депрессия у пожилых людей характеризуется чувством усталости, фатальностью и безнадежностью. Безнадежность проявляется в стойком желании умереть. В силу ряда причин пожилой возраст является одним из наиболее подверженных суицидальному поведению.

4.3 Концепции формирования суицидов

Основные концепции, объясняющие суицидальное поведение, можно условно разделить на **три группы**: социологическую, психопатологическую и социально-психологическую.

В рамках **социологического подхода** декларируется связь между суицидальным поведением и социальными условиями. В основе подобных взглядов лежит учение Э. Дюркгейма об «аномии» — нарушении в ценностно-нормативной системе обществ. Э. Дюркгейм отмечал, что количество самоубийств в обществе определяется «коллективными представлениями» как особыми фактами социальной

жизни, которые определяют индивидуальные видения мира (ценности, моральные нормы). Например, коллективная связь, *сплоченность общества* в этом смысле задерживают самоубийства. Когда сплоченность общества ослабевает, индивид отходит от социальной жизни и ставит свои личные цели выше стремления к общему благу, что может стать причиной решения уйти из жизни.

На самоубийства, отчасти, оказывает влияние *политическая ситуация*, в том числе войны. В 1866 г., когда разразилась война между Австрией и Италией, число самоубийств в обеих странах снизилось на 14%. Та же тенденция наблюдалась и во время Второй мировой. Напротив, в мирное время армия является благодатной социальной средой для самоубийств, вероятно, в силу атмосферы самоотречения и обезличивания. Для всех европейских стран установлено, что *склонность к самоубийству у военных значительно интенсивнее, чем у гражданских лиц того же возраста*.

Известно, что *экономические кризисы* обладают способностью усиливать склонность к самоубийству. Соотношение между экономическим состоянием страны и процентом самоубийств является общим законом. Например, за внезапным увеличением числа банкротств обычно следует рост числа самоубийств.

Современные исследователи самоубийства как социального явления выделяют в качестве важного **фактор развития религиозного сознания общества**. Вера существенно снижает вероятность суицидального поведения. В религиозной этике самоубийство расценивается как тяжкий грех, что накладывает нравственный запрет на суицидальное поведение верующего человека. В христианских государствах сегодня наблюдается либерализация общественного отношения к самоубийствам. Все более серьезно обсуждается возможность *эвтаназии* — добровольного ухода из жизни при помощи врача. В 2002 г. в Голландии (впервые в истории человечества) принят закон, регулирующий эвтаназию.

Существенным оказывается *семейное влияние*. Так, наличие самоубийств в истории семьи повышает риск возникновения суицида. Кроме того, личностные особенности родителей, например, депрессивность, могут выступать фактором суицидальной динамики.

Психопатологический подход рассматривает суицид как проявление острых или хронических психических расстройств. Предпринимались, но оказались безуспешными попытки выделения самоубийств в отдельную нозологическую единицу — суицидоманию. Несколько схожую позицию выражает взгляд на суицидальное поведение как *пограничное состояние*. А. Е. Личко пишет, что

суицидальное поведение у подростков — это в основном проблема *пограничной психиатрии*, т. е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. По наблюдению автора, лишь 5 % суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии — 20 — 30 %, а все остальные на так называемые подростковые кризы.

В целом статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее, для некоторых патологических состояний и расстройств суицидальный риск выше, например, для *острого психотического состояния* и для *депрессии*. В диагностическом смысле термин «депрессия» обозначает аффективные нарушения, присутствующие в широком спектре нозологических единиц с различной этиологией и клиническими проявлениями. Депрессия переживается субъективно как подавленное настроение, как состояние угнетенности, безнадежности, беспомощности, вины.

Дополнительно к соматическим называются *психологические признаки*: снижение самооценки; беспричинное чувство самоосуждения; чрезмерное и неадекватное чувство вины; повторяющиеся мысли о смерти, суицидальное поведение; нерешительность. Другим часто встречающимся симптомом, причиняющим серьезное беспокойство человеку, является нарушение ясности или эффективности мышления, иногда настолько выраженное, что может быть принято даже за органическую деменцию. Депрессивное состояние, таким образом, кроме субъективно плохого настроения имеет выраженные соматические проявления, сниженную самооценку, нарушения мышления.

Большинство авторов в настоящее время считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и здоровые люди. В первом случае речь должна идти о проявлениях патологии, требующей преимущественно медицинского вмешательства. Во втором случае можно говорить об отклоняющемся поведении практически здорового человека в ответ на психотравмирующую ситуацию, что предполагает оказание срочной социально-психологической помощи.

Социально-психологические концепции объясняют суицидальное поведение социально-психологическими или индивидуальными факторами. Прежде всего, самоубийства связываются с *потерей смысла жизни*. В. Франкл указывал, что связанная с этим экзистенциальная тревога переживается как ужас перед безнадежностью, ощущение пустоты и бессмысленности, страх вины и осуждения.

Объективные причины и субъективные переживания могут не со-

ответствовать друг другу. Деадаптация — лишь одно из условий возможного суицида. Рассматривая социально-психологическую деадаптацию в динамике, ведущей к суициду, автор выделяет две фазы: преадапционную и суицидальную. Преадаптация (наличие деадаптации) не служит прямой детерминантой суицидального поведения.

Решающее значение для перехода ее в суицидальную фазу имеет *конфликт, переживаемый личностью*. Конфликт может носить межличностный или внутрличностный характер. В том и другом случае он образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую — тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов. *Конфликт, превышающий порог деадаптации личности, является кризисным*. Таким образом, в условиях преадапционной деадаптации и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию единственной реакцией, подменяющей собой все другие действия, оказывается суицид как способ самоустранения от всякой деятельности.

Выделяют факторы риска суицидального поведения личности:

- предшествующие попытки суицида (данного человека);
- семейная история суицида;
- кризисная ситуация (неизлечимая болезнь, смерть близкого человека, безработица и финансовые проблемы, развод);
- семейный фактор (депрессивность родителей, детские травмы, хронические конфликты, дисгармоническое воспитание);
- эмоциональные нарушения (прежде всего депрессия);
- психические заболевания (алкоголизм, наркомания, шизофрения);
- социальное моделирование (демонстрация суицида СМИ, их изображение в литературных произведениях — «эффект Вертера»).

Группы риска: молодежь, пожилые люди, сексуальные меньшинства, военнослужащие, ветераны войн и военных конфликтов, врачи и представители некоторых других профессий.

Суицидальная мотивация

Внешние и внутренние условия облегчают возникновение суицидального поведения, но не определяют его. Действительными причинами, «запускающими» суицид, являются внутренние мотивы.

Нередко суицидальная мотивация имеет форму *эмоционального*

отклика на кризисную ситуацию. Типичными обрушивающимися на личность событиями являются утрата близкого человека, развод или разлука. Потеря работы или здоровья, угроза уголовного наказания или разоблачения также способствуют возникновению суицидального поведения. Иногда подобные реакции следуют за крупными успехами — продвижением по службе, резко возросшей ответственностью, достижением заветной цели и т. п.

В различных ситуациях могут действовать разные мотивы суицидального поведения: протест; месть; призыв (внимания, помощи); избежание (наказания, страдания); самонаказание; отказ (от существования).

Например, в суицидальных попытках подростков можно выделить следующие побуждения. Это может быть сигнал дистресса. Также подросток может пытаться манипулировать другими, например, девочка принимает большую дозу таблеток, чтобы заставить своего друга вернуться к ней. Другой вариант — стремление наказать других. Реакция на чувства сверхсильного стыда или вины, стремление избежать столкновения с чрезвычайно болезненной ситуацией; действие ЛСД и других наркотиков — все это примеры мотивирующих факторов.

А. Г. Амбрумова выделила **шесть типов непатологических реакций** у взрослых людей с суицидальным поведением:

- эмоциональный дисбаланс (наличие негативных аффектов);
- пессимизм (все плохо, ситуация не имеет выхода, в будущем нет ничего хорошего);
- отрицательный баланс (рациональное сверхкритичное «подведение жизненных итогов»);
- демобилизация (отказ от контактов и деятельности из-за чувства одиночества и отверженности);
- оппозиция (агрессивная позиция с обвинениями в адрес окружающих, переходящая в аутоагрессивную, чаще демонстративную);
- дезорганизация (состояние тревоги с выраженными соматовегетативными нарушениями).

Наблюдаются следующие **модели нежелательного поведения в ответ на самоубийство близкого человека:**

- поиск тех людей, которые могут быть ответственны за смерть покончившего с собой вместо принятия произошедшего как личной воли суицидента;
- принятие траура на долгие годы — вместо того, чтобы продол-

жать жить;

- переживание вины и самобичевание;
- соматизация — уход в болезнь вместо спонтанного выражения чувств;
- самоограничение — уход от радостей жизни;
- бегство в работу, в сексуальные связи, в аддикцию — вместо того, чтобы признать и выразить свои чувства;
- наконец, новый суицид — «ты умер, значит, умру и я».

Таким образом, близких суициденту людей переполняют сильные чувства скорби, вины и гнева, защищаясь от которых, они сами начинают вести себя аутодеструктивно.

4.4 Профилактика суицидального поведения

Профилактика суицидального поведения может решать различные задачи: контроль и ограничение доступа к различным средствам аутоагрессии, контроль факторов и групп риска, оказание медико-психологической помощи конкретной личности и др.

Психологическая превенция суицида (предотвращение суицидального поведения) осуществляется преимущественно в форме обучения распознаванию суицидальных проявлений и оказанию своевременной помощи близким людям.

Психологическую помощь человеку с уже сформированным суицидальным поведением принято называть *кризисной интервенцией*.

Ведущим методом в этом случае выступает кризисное консультирование, а его целью — удержание человека в живых.

Согласно результатам исследований Всесоюзного научно-методического суицидологического центра, покушения на самоубийство совершаются:

- здоровыми людьми;
- лицами с пограничными нервно-психическими расстройствами;
- страдающими психическими заболеваниями.

Для первых двух групп, прежде всего, предназначена телефонная служба медико-психологической помощи — *Телефон экстренной психологической помощи (Телефон доверия)*. Кризисное консультирование также осуществляется в условиях специализированных центров и кабинетов. Для страдающих психическими заболеваниями имеются суицидологические кабинеты при психоневрологических диспансерах и специализированные отделения психиатрических больниц.

Особенно актуальна психологическая помощь людям с острыми суицидальными реакциями, подавляющее большинство которых является практически здоровыми людьми.

Суицидоопасные реакции проявляются на нескольких уровнях личностного функционирования.

1 В аффективной сфере это интенсивные отрицательные эмоции (тревога, одиночество, отчаяние, тоска, обида).

2 В когнитивной области возникает неадаптивная концепция ситуации с пессимистической оценкой настоящего и будущего, с искаженным восприятием времени.

3 Нарушения личностной идентификации затрагивают самооценку, снижают способность принимать решения, нарушают уверенность в переносимости аффективного напряжения.

4 Поведение часто бывает импульсивным, непродуктивным. Считается, что период острых суицидальных реакций в среднем длится около месяца.

Главная цель неотложной помощи — предотвратить дальнейшее развитие реакции и покушение на самоубийство. Для этого человеку требуется помощь в овладении ситуацией, а также коррекция неадаптивных личностных установок, обуславливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций. Мы должны исходить из того, что кризис — следствие не столько обстоятельств, сколько негативного отношения к ним. В большинстве случаев имеет место ситуация, когда семейные, профессиональные или социальные ценности обладают большей значимостью, чем собственная жизнь. Наблюдается стойкая фиксация на психотравмирующих событиях.

Шаги неотложной помощи — кризисной интервенции

Решающее значение имеет **первый шаг — беседа** (1,5—2 ч). Первая важная задача — *установление контакта и достижение доверия*. Для этого необходимо убеждать клиента в эмоциональном принятии («Что бы я мог сделать для вас?»), поощрять открытое выражение мыслей и чувств с помощью сострадательной эмпатии, уменьшать напряжение через «выговаривание».

На данной стадии также необходимо провести *оценку обстоятельств и степени угрозы суицида*.

Угроза суицида «1» — у обратившегося были суицидальные мысли, но он не знает, как и когда он их осуществит («Я больше так не могу...» или «Лучше бы я умер...»).

Угроза суицида «2» — у обратившегося есть суицидальные мысли и план, но он говорит, что не собирается покончить жизнь немедленно

(«У меня уже есть таблетки снотворного, и если ничего не изменится к лучшему...»).

Угроза суицида «3» — обратившийся либо собирается тут же покончить с собой (нож или таблетки лежат рядом, если он звонит по телефону), либо в процессе разговора, либо сразу после него.

В последнем случае (если угроза реальна и решение принято) беседа может быть направлена на достижение решения об отсрочке его выполнения.

В первых двух случаях целесообразно и возможно реализовать **второй шаг** — *интеллектуальное овладение ситуацией*. С помощью специальных вопросов и утверждений необходимо преодолеть чувство исключительности ситуации: «Такие ситуации встречаются нередко». Также с помощью включения актуальной ситуации в контекст жизненного пути следует снять ощущение ее внезапности и непреодолимости. Уменьшить остроту переживания можно с помощью подчеркивания, что есть время на обдумывание, или концентрации на предыдущих достижениях и успехах. На данном этапе беседы также используются такие приемы, как повторение содержания высказывания, отражение и разделение эмоций, вербализация суицидальных переживаний, поиск источников эмоций («Что именно вас так беспокоит?»).

Третий шаг — *заключение контракта* — планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации и наиболее приемлемых для пациента. Например, при необратимых утратах возможен поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент смог бы сформировать новые значимые отношения. На этом этапе важно препятствовать уходу пациента от сути кризиса и от поиска позитивных альтернатив (прием «фокусирования на ситуации»). Основные приемы: интерпретация (гипотезы о возможных способах разрешения ситуации); побуждение к планированию и оформление ясного конкретного плана; удержание паузы («одобряющее молчание») с целью стимулирования инициативы пациента и предоставления необходимого времени для проработки.

Четвертый шаг — *активная психологическая поддержка и повышение уверенности в своих силах*. Ведущие приемы на этом этапе: логическая аргументация, убеждение, рациональное внушение, актуализация личностных ресурсов. На завершающем этапе кризисной работы следует также обсудить то, каким образом преодоление данной психотравмирующей ситуации будет полезным для преодоления жизненных трудностей в будущем.

Таким образом, ведущая задача кризисной интервенции — коррекция суицидальных установок человека. Результатом работы должны стать следующие убеждения клиента:

—тяжелое эмоциональное состояние временно и улучшится в ходе терапии;

—другие люди в аналогичных состояниях чувствовали себя так же тяжело, а затем их состояние полностью нормализовалось;

—жизнь обратившегося нужна его родным, близким, друзьям, а его уход из жизни станет для них тяжелой травмой.

В крайнем случае, можно попытаться убедить суицидента в том, что каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение этого важнейшего вопроса лучше отложить на несколько дней или недель, чтобы спокойно его обдумать. В целом *эффективность работы с суицидальным поведением зависит от точности выявления суицидального риска и мотивации суицидальных намерений.*

Помимо оказания кризисной помощи, целесообразна дальнейшая работа, ориентированная на более глубокие личностные изменения — **поственция** и **вторичная интервенция**. На данном этапе возможно применение различных методов и методик. Хорошо зарекомендовали себя позитивная и когнитивная психотерапия, логотерапия, терапия творческим самовыражением, духовная психотерапия и др.

Работая с людьми, имеющими суицидальные проявления, особенно важно проявлять деликатность и уважать право личности на собственный выбор.

Помощь в случаях суицидального поведения на фоне психических расстройств (психические заболевания, алкоголизм, наркомания) осуществляется специалистами с медицинским образованием.

Модель профилактической работы в учреждении образования

Целью профилактики суицидального поведения в учреждении образования является оптимизация психологического климата, повышение компетентности участников образовательного процесса в области общей профилактики и предупреждение потенциально возможных ситуаций, связанных с суицидальной проблематикой.

Многоплановость проблем, которые требуют решения в процессе социально-психологической работы с подростками группы риска (в том числе суицидального), предполагают участие в этой деятельности разных специалистов: медиков, инспекторов, социальных работников и

др. Однако ведущая роль, по нашему мнению, может принадлежать команде школьных специалистов СППС.

Статья 4 Закона Республики Беларусь «О правах ребенка» провозглашает неотъемлемость права каждого ребенка на жизнь. В деятельности по профилактике любых проявлений суицидального поведения учащихся специалисты СППС обязаны руководствоваться *следующими принципами:*

- Принцип ценности личности, заключающейся в самоценности ребенка.
- Принцип уникальности личности, состоящий в признании индивидуальности каждого ребенка.
- Принцип приоритета личностного развития, когда обучение выступает не как самоцель, а как средство развития ребенка.
- Принцип ориентации на зону ближайшего развития каждого ученика.
- Принцип эмоционально-ценностных ориентаций образовательного процесса.

Центральная роль школы в этом процессе объясняется следующими обстоятельствами:

- во-первых, система образования способна отслеживать судьбу ребёнка от трёх летнего возраста (до трёх лет эту работу могут выполнить работники здравоохранения и специализированных детских учреждений) до момента его совершеннолетия;

- во-вторых, в учреждениях дошкольного, дополнительного, основного и специального образования детей есть специалисты, которые при некотором целевом обучении, могут квалифицированно выполнять эту работу;

- в третьих, в системе образования существует отработанная система повышения квалификации педагогов и специалистов, охватывающая практически все компетенции, связанные с осуществлением социально-ориентированного обучения и комплексной помощи детям разных возрастов;

- в четвёртых, школа имеет давние традиции (методы, технологии) работы с родителями и при некоторой оптимизации этой деятельности может опосредованно (в некоторых случаях напрямую) влиять на тех родителей, которые неэффективно осуществляют свои родительские функции;

- в пятых, это устоявшаяся, проверенная временем система общественного воспитания и образования детей, имеющая свои гуманные цели (ценности) и адекватные решению выше поставленных задач средства, методы и технологии.

На этапе реализации программ сопровождения (кризисной поддержки) школе целесообразно было бы привлекать и включать в команду тех специалистов, которые в комплексе способны более эффективно решать выявленные проблемы, как ребёнка, так и его семьи. Это позволит создавать простую, но эффективную систему сопровождения, а не проводить отдельные несогласованные мероприятия различными ведомствами. Например, зачастую социально-педагогический центр (СПЦ) и школа параллельно проводят в отношении какой-то семьи одну и ту же работу: индивидуальную и семейную диагностику, беседу с родителями или коррекционные мероприятия с ребёнком. Эффективнее различным субъектам сопровождения согласовывать действия в отношении ребёнка, находящегося в кризисной ситуации, распределяя ресурсы и ответственность.

Формой подобной работы может выступить психолого-педагогический консилиум. Консилиум - это постоянно действующий, объединённый общими целями коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию профилактики ребёнка в образовательном учреждении. Консилиум, прежде всего, ориентирован на работу с детьми, имеющими либо неадекватное требованиям школы поведение, либо предрасположенных к социально-дезадаптированным способам поведения. Н. Семаго и М. Семаго предложили классифицировать консилиумы на плановые и неплановые. Плановый консилиум решает следующие задачи:

- определение путей социально-психологического сопровождения ребёнка.
- выработка согласованных решений по определению образовательного и социального маршрута.
- динамическая оценка социального и психологического состояния ребёнка и коррекция ранее намеченной программы.
- решение вопроса об изменении образовательного маршрута, социально-психологической работы при завершении обучения (учебного года).

Как правило, плановые консилиумы проводятся один раз в полгода. Внеплановые консилиумы собираются по запросу специалиста или педагога. В задачи внепланового социально-психологического консилиума входит: принятие экстренных мер по выявившимся обстоятельствам (например, выявленный острый суицидальный риск), изменение направления сопровождения ребёнка и др.

Предварительный этап сопровождения ребёнка включает в себя обследование ребёнка специалистами консилиума. Практика показывает, что первичное обследование должен проводить психолог и

социальный педагог. Психолог собирает психологические сведения о ребенке, а социальный педагог собирает данные о семье и ближайшем окружении ребёнка группы риска. Они определяют, кто еще из специалистов должен подключиться и дополнить первичное обследование школьника (например, логопед, врач, психоневролог, психиатр, участковый инспектор и др.).

На консилиуме обсуждается конкретный случай, причины возникновения проблем у ребенка. При выдвижении гипотез используются мультимодальный подход, который позволяет определить уровень и глубину проблемы и в соответствии с этим наметить адекватные «мишени помощи» подростку и его семье, что, в свою очередь, позволяет разработать обоснованный индивидуальный план сопровождения. Рассматриваются проблемы социального окружения ребенка или его семьи; проблемы, возникающие в самой семейной системе; индивидуальные проблемы ребенка, в том числе когнитивно-поведенческие, эмоциональные, невротические, акцентуации характера, психосоматические и органические проблемы.

Консилиум утверждает конкретные мероприятия индивидуального плана сопровождения (или плана кризисной поддержки), в который могут быть включены приемы педагогической поддержки для данного учащегося со стороны классного руководителя, педагогов-предметников, услуги школьного психолога, логопеда, социального педагога. Технология консилиума предполагает разделение ответственности между специалистами и педагогами образовательного учреждения за конкретные мероприятия, коррекционные программы.

Каждый член консилиума участвует в реализации плана помощи ребенку и/или членам его семьи. При необходимости, по решению консилиума, может быть назначен куратор семьи (педагог, социальный педагог, педагог-психолог, инспектор ПДН). В ситуации, когда куратор не имеет возможности контактировать с семьей вне школы (удаленность места проживания семьи от образовательного учреждения), он может обратиться за помощью к активным родителям, проживающим рядом с сопровождаемой семьей (использовать ресурсы социальных сетей).

Состав специалистов, реализующих программу профилактики в рамках социально-психологического консилиума, должен быть сформирован таким образом, чтобы каждый из ее членов обладал определенными полномочиями в решении вопросов по оказанию помощи подросткам и их семьям. Кроме этого школа должна использовать диагностику для выявления слабых звеньев в работе по профилактике и вносить предложения в вышестоящие инстанции о целесообразности включения в решение конкретных проблем ребёнка,

специалистов системы профилактики для улучшения общего взаимодействия (на основании Декрета Президента №18). Этот запрос может выглядеть в виде докладного письма, в котором содержится информация о необходимости подключения к сопровождению подростка группы риска (в данном случае по суициду) дополнительных сил (специалистов), обоснования подобных мероприятий. К письму прикладывается аналитическая справка по результатам предварительной диагностики или раннее проведенной профилактической работы, подтверждающая обоснования.

Существует необходимость выстраивания внутриведомственных и межведомственных связей для обеспечения качества профилактической работы в сложных случаях. Так, при составлении индивидуальной программы сопровождения подростка в случаях, когда основным источником девиации его поведения является семья и оказать помощь только психолого-педагогическими средствами образовательного учреждения объективно невозможно, предполагается обращение за услугами в территориальные подразделения социально-психологической службы (районные психологические центры). В этом случае в индивидуальные программы сопровождения включаются специализированные психолого-педагогические услуги, такие как родительские студии (на базе СПЦ), подростковые тренинговые группы (СПЦ, ЦКРОиР или ЦВР), услуги семейного психолога (Городской центр семьи), восстановительные программы и др.

В ситуациях, когда между семьей ребенка и школой возник конфликт (например, родители обвиняют педагогов школы в том, что они доводят ребенка до срыва), родители не доверяют специалистам СППС школы, на наш взгляд, консилиум может принять решение о ходатайстве перед СПЦ, о взятии случая на кураторство педагогом-психологом и социальным педагогом центра. В этом случае специалисты СППС школы обращаются в СПЦ с предложением взять ответственность за сопровождение ребенка на себя, и тогда уже в СПЦ составляется индивидуальный план сопровождения ребенка и семьи, в плане обязательно оговариваются пункты по оказанию педагогической и психологической поддержки ребенку, которые берет на себя школа.

Кураторы выстраивают с семьей доверительные отношения, знакомят семью с проектом индивидуального плана сопровождения, вносят после обсуждения с семьей необходимые коррективы и организуют его выполнение. Результаты работы по коррекции рассматриваются на консилиуме каждый месяц. При этом может быть изменена стратегия, тактика вмешательства в семейную ситуацию, внесены новые предложения в индивидуальный план сопровождения, принято решение о прекращении или продолжении коррекционной

деятельности.

Поскольку возможности специалистов СППС ограничены, желательно построить такую систему работы по профилактике суицидального риска, в осуществлении которой могли бы принять участие и учителя-предметники, и специалисты дополнительного образования, и волонтеры - старшеклассники, и родительская общественность. Таким образом, деятельность школы по профилактике суицида среди несовершеннолетних в первую очередь предполагает совместную работу с ИДН и КДН, а также плановую работу медицинского работника с учащимися, организацию досуга ребят, поиск возможностей организации их отдыха в каникулярное время.

Смысл данного взаимодействия - техническая и практическая помощь ребенку «группы риска» в усилении антисуицидальных барьеров. В то же время социальный педагог в деятельности по профилактике социальной дезадаптации выполняет преимущественно функцию социального представительства интересов ребенка. Он объективно не может осуществлять непосредственное консультирование по вопросам, требующим особой компетентности и подготовки, но с другой стороны, специфика проблем социальной дезадаптации, заключается в том, что контактным лицом по отношению к ребенку, переживающему подобную проблему, может стать далеко не каждый педагог. Поэтому социальный педагог - ключевая фигура в профилактической работе с детьми группы риска, осуществляющий представительскую и посредническую функции.

Комплексное сопровождение детей группы риска (в том числе по суициду) должно включать в себя ряд взаимосвязанных и дополняющих друг друга видов деятельности:

- Социальная помощь
- Медицинская помощь
- Правовая защита и правовой всеобуч
- Педагогическая поддержка
- Психологическое сопровождение индивидуального развития
- Обучение детей навыкам социальной компетентности (умениям общаться, справляться со стрессом, разрешать конфликты, работать в команде, преодолевать трудности и др.)

Таким образом, чтобы внедрить модель профилактики суицида среди детей, подростков и молодежи, выстроить эффективную систему сопровождения необходимо:

- обучать и привлекать к работе по раннему выявлению и профилактике суицидального поведения классных руководителей, волонтеров (учеников старших классов), активных родителей.

- внедрять технологию школьных консилиумов по проблемам ранней профилактики суицидов и составлению индивидуального плана сопровождения несовершеннолетних и при необходимости их семей.

- инициировать и внедрять систему межведомственного взаимодействия в сопровождении.

- внедрять технологию координаторов индивидуального плана сопровождения (какие-то случаи может вести социальный педагог, а какие-то - психолог, по решению консилиума).

- внедрять технологию кураторства случая (заключать соглашения с родителями о совместной работе, разрабатывать и реализовывать индивидуальный план сопровождения, предоставлять дополнительные услуги детям и семьям).

- провести в УО обсуждение нормативных документов, определяющих деятельность субъектов образовательного процесса в рамках, модели профилактики суицидального риска.

Для организации индивидуально ориентированной психологической помощи важно осуществить меры по раннему выявлению детей и подростков, склонных к совершению аутоагрессивных и суициальных действий.

Формирование суицидального поведения в детском и подростковом возрасте во многом зависит от некоторых личностных особенностей и социальной ситуации развития.

Первичными психодиагностическими задачами по выявлению подростков находящихся в группе риска является изучение особенностей поведения, социально-психологического статуса в группе сверстников, самооценки и отношения подростка к собственному будущему.

Рекомендуется использование комплекса, состоящего из следующих психодиагностических методов и методик:

- Исследование социометрического статуса.
- Исследование самооценки личности.
- Шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al.).
- Данные наблюдений педагогов, сверстников, родителей за изменением поведения отдельных подростков.

Предлагаемые методы и методики достаточно удобны в применении и информативны после обработки.

Важным показателем возможного изменения состояния подростка может служить показатель его социометрического статуса в группе. Рекомендуется проводить измерение социометрического статуса несколько раз в течение учебного года.

Необходимо, во-первых, сравнивать данный показатель с

аналогичными за предыдущие периоды времени, во-вторых, учитывать референтные ориентации подростка. В таком случае можно обнаружить резкие изменения в положении подростка: переход в другой статус, изменение взаимосвязей и отношений. В учреждении образования удобно использовать процедуру с ограничением числа выборов и использовать несколько вопросов, отражающих отношение к взаимодействию в различных видах деятельности.

После проведения исследования специалисты СППС получают показатели социометрического статуса, уровень самооценки и отношения к будущему.

Для удобства анализа рекомендуется построение итогового протокола исследования, содержащего показатели по трем методикам. В отдельной графе итогового протокола также целесообразно поставить пометки о поведенческих особенностях подростков, переживающих, по наблюдениям педагогов, родителей, сверстников, трудную жизненную ситуацию.

Результатом качественного анализа данных протокола должен явиться список подростков, находящихся в группе риска. К группе риска относятся подростки, находящиеся в трудной жизненной ситуации и показавшие следующие результаты: статус пренебрегаемого или изолированного, или изменившие социометрический статус в сторону ухудшения; низкую или изменившуюся самооценку, а также показавшие умеренную и тяжелую безнадежность. Будет полезным также обратить внимание на «края» показателей – самые высокие и самые низкие оценки, так как различные их сочетания могут говорить о наличии ситуации риска.

Сразу после составления списка подростков, находящихся в группе риска, необходимо выделить подростков, имеющих угрожающие показатели и предпринять экстренные действия, направленные на обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.

Первоочередные действия специалистов СППС при наличии риска высокой степени для безопасности жизни подростка:

1 Обеспечить присутствие взрослого рядом с подростком до приезда родителей.

2 Информировать родителей об угрозе жизни подростка

3 Немедленно связаться с дежурным психиатром (психотерапевтом), терапевтом поликлиники, либо вызвать скорую помощь и сообщить о высокой степени риска суицида.

4 Заключить контракт, т.е. рассказать о планируемых вами дальнейших действиях и согласовать их с подростком.

Первоочередные действия специалистов СППС при наличии риска средней степени для безопасности жизни подростка:

1 Связаться с семьей, безотлагательно направить к психиатру (психотерапевту). Контролировать получение медицинской помощи.

2 Установить отношения с подростком, в ходе беседы предложить подростку эмоциональную поддержку, оказать помощь в совладании со сложившейся ситуацией, проработать суицидальные чувства, укрепить желание жить.

3 Заключить контракт, т.е. рассказать о планируемых вами дальнейших действиях и согласовать их с подростком.

4 Взаимодействовать с психиатром (психотерапевтом), получать от него рекомендации по организации социально-педагогической поддержки и психологической помощи.

5 Пригласить на встречу друзей, обсудить совместно с ними стратегию поддержки и помощи.

После преодоления острых состояний специалистам СППС необходимо продумать индивидуальный план поддержки подростка.

С другими учащимися, находящимися в итоговом списке, рекомендуется проведение углубленного психодиагностического изучения степени риска.

Таким образом, рассмотренные стратегии профилактики суицидального поведения требуют адаптации к конкретной ситуации и личности.

Вопросы для самоконтроля:

1 Раскройте понятия: «суицид», «суицидальная попытка», «суицидальное поведение».

2 Что входит в структуру суицидального поведения?

3 Приведите типологии самоубийств.

4 Каковы возрастные особенности суицидального поведения?

5 Каковы причины суицидального поведения?

6 Каковы условия, способствующие суицидальному поведению?

7 Раскройте мотивы суицидального поведения.

8 Составьте план профилактических мероприятий суицидального поведения.